



ZAUBERZÄHNE HAMBURG

Zahnheilkunde für Kinder & Jugendliche

Am Wall 1 • 21073 Hamburg-Harburg
Tel: 040 - 302 349 55 • Fax: 040 - 302 349 57
www.zahnwelten-hamburg.de
info@zahnwelten-hamburg.de

Karolina Sundström / Dr. Charlotte Bültmann / Katrin Holst

Anamnesebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Versicherung: _____ versichert über: Mutter Vater

Wer hat das Sorgerecht? beide (1+2) Mutter (1) Vater (2)

Mutter: _____ Straße/Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ PLZ/Ort: _____
Versicherung: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____
Vater: _____ Anschrift falls abweichend: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherung: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Bitte wenden ->

Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie Betreffendes an.

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> | Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> |
| Sprachprobleme/ Hörprobleme/Sehschwäche | <input type="checkbox"/> | Stoffwechselkrankheiten, Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Leber- oder Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> |
| Behinderung/Entwicklungsverzögerung | <input type="checkbox"/> | | |

Hat Ihr Kind sonstige Krankheiten?
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien?
Wenn ja, welche? _____

Ist der Schweregrad bekannt, gibt es einen Allergiepass?

War ihr Kind schon mal im Krankenhaus?
Wenn ja, wann und warum? _____

Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Vorgeschichte

Kinderarzt/Vorbehandler: _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| War ihr Kind bereits beim Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund - oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder den Daumen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekommt Ihr Kind Fluoridpräparate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind gestillt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind die Flasche bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekommt es Sie noch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Was trinkt ihr Kind hauptsächlich? _____

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

aktuelle Zahnschmerzen Kontrolle anderer Grund

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Wenn Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst den Terminausfall in Rechnung stellen müssen.

Datum

Unterschrift